septembre 2006

Réglementation des professions de la santé en Ontario :

nouvelles orientations

Rapport à l'intention du ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur les enjeux et les questions touchant la réglementation des préposés aux services de soutien à la personne

Présenté par le
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS)

Ontario

2008-04747/

Health Professions Regulatory Advisory Council

55 St. Clair Avenue West
Suite 806, Box 18
Toronto ON M4V 2Y7
Tel. (416) 326-1550
Fax (416) 326-1549
Web site www.hprac.org
E-mail
HPRACWebMaster@moh.gov.on.ca

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé

55, avenue St. Clair Ouest
pièce 806, casier 18
Toronto ON M4V 2Y7
Tél (416) 326-1550
Téléc (416) 326-1549
Site web www.hprac.org
Courriel
HPRACWebMaster@moh.gov.on.ca

Ontario

Le 29 septembre 2006

L'honorable George Smitherman
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 2C4

Monsieur le Ministre,

Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé est heureux de vous remettre son rapport sur la réglementation éventuelle des préposés aux services de soutien à la personne, en réponse à votre demande contenue dans votre lettre du 7 février 2005. Les préposés aux services de soutien à la personne accomplissent des tâches très diverses dans des milieux variés et leurs employeurs et les établissements dans lesquels ils travaillent sont déjà visés par un certain nombre de textes législatifs. Formuler un avis sur la question dont vous nous avez saisis a donc représenté une tâche difficile.

Nous nous sommes efforcés de dégager les problématiques essentielles reliées à la formation et au travail des préposés aux services de soutien à la personne, y compris sur le plan des retombées pour les patients dont ils s'occupent. Ce rapport prolonge le compte rendu intérimaire contenu dans notre rapport *Nouvelles orientations* déposé en avril 2006 et annexé au présent document. Vous y trouverez un certain nombre de solutions que nous soumettons à votre examen, ainsi qu'un complément d'information sur le dossier. Nous espérons correspondre bientôt avec vous au sujet de ce rapport.

Agréez, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Barbara Sullivan, Chair

Peter Sadlier-Brown, Vice-Chair

Barry Brown

Kevin Doyle

Ennis Fiddler

Mary Mordue

Réglementation des préposés aux services de soutien à la personne

Question du ministre

Le 7 février 2005, l'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, a confié au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) la tâche suivante :

> Étudier la portée du travail effectué par les préposés aux services de soutien à la personne et formuler des recommandations préliminaires [sur la question de] savoir si la totalité ou une partie de ces services justifierait une réglementation des préposés aux services de soutien à la personne en vertu de la [*Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*][1] *LPSR*.

En avril 2006, le CCRPS a remis au ministre un rapport intérimaire sur la question, dans le cadre du rapport intitulé *Réglementation des professions de la santé en Ontario : Nouvelles orientations – Rapport sur les questions réglementaires et autres relatives aux professionnels de la santé, aux patients et aux clients (avril 2006)*. Ce rapport signalait un certain nombre de problématiques reliées au rôle des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) dans la prestation de services vitaux à des populations vulnérables, y compris les personnes handicapées, les personnes âgées frêles et les personnes en convalescence après des traitements médicaux. Certaines questions ont fait l'objet d'un consensus parmi les intervenants dans le cadre de la première série de consultations menées par le CCRPS, mais il est apparu nécessaire de recueillir de plus amples informations sur certaines autres questions clés.

Le rapport *Nouvelles orientations* (page 282) comportait les recommandations initiales suivantes sur la réglementation des PSSP :

1. Qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 29 (1) e) de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, qui exclut « l'aide prêtée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, si l'acte est un acte autorisé visé à la disposition 5 ou 6 du paragraphe 27 (2) ».

2. Que le CCRPS termine la première phase de son travail en réponse à la demande d'avis présentée par le ministre et propose ses recommandations finales en septembre 2006.

[1] Lettre du ministre, 7 février 2005.

À la suite de la publication du rapport intérimaire, le CCRPS a lancé la phase II de son étude en vue d'approfondir des problématiques et questions en suspens découlant des conclusions de la première phase de l'examen. Plus spécifiquement, le CCRPS :

- a entrepris des consultations supplémentaires du public dans divers endroits de l'Ontario, afin de recueillir les avis des clients, des patients et des PSSP;
- a examiné l'application pratique des diverses options de réglementation et des solutions autres que la réglementation identifiées pendant la phase I;
- a consulté des responsables du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au sujet des modifications en instance à la réglementation régissant les prestateurs de soins de longue durée et de soins communautaires.

Le présent rapport contient les conclusions de ces consultations et porte notamment sur la question de la réglementation, y compris les avantages de l'autoréglementation des PSSP, la possibilité de créer un registre des PSSP, le caractère adéquat de la surveillance et la normalisation de la formation et de l'éducation. Dans l'étude de ces questions, le CCRPS a tenu compte des milieux dans lesquels travaillent les PSSP, et de la manière dont ces problématiques sont prises en charge dans chacun de ceux-ci.

Réponse du CCRPS

La recommandation centrale du CCRPS au ministre est que les préposés aux services de soutien à la personne ne doivent pas être réglementés à titre de profession en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*. Le CCRPS conclut également que la solution de rechange la plus proche de la réglementation, c'est-à-dire la création d'un registre des PSSP, ne doit pas être retenue.

Le CCRPS recommande de prendre des mesures supplémentaires dans le cadre du système actuel afin d'améliorer l'éducation et la formation des PSSP ainsi que les normes de dotation en personnel et de supervision. Il convient également d'offrir des recours plus satisfaisants pour les patients et les clients en cas de mauvais traitements et de faute professionnelle.

Historique de la demande du ministre

Antérieurement à l'étude actuelle, le travail accompli par les PSSP n'avait pas été examiné dans le cadre de la *LPSR*. Les PSSP dispensent la plus grande partie des services de soutien à la personne dans le cadre des soins à domicile et dans les établissements de soins de longue durée, sous la supervision de membres de professions réglementées. Depuis quelques années, il est frappant de constater qu'un nombre croissant de patients exigeant des soins de plus en plus complexes sont traités à domicile. Cette évolution répond à la demande des patients, aux congés plus hâtifs des hôpitaux, et à la constatation que les patients répondent positivement aux soins dispensés à domicile ou dans la communauté. L'évolution démographique, y compris la longévité accrue, fait subir une

pression croissante aux foyers de soins de longue durée, dont les patients exigent à présent des soins polyvalents.

1. Processus de consultation

Le CCRPS a procédé à des consultations et des recherches étendues pour les deux phases du projet. Nous avons organisé des entretiens avec des PSSP individuels et des groupes représentant les PSSP; des établissements d'éducation et de formation; des ordres de professions de la santé; des organisations et associations représentant les fournisseurs de soins, les consommateurs et les établissements; des organismes de soutien aux personnes atteintes de certaines maladies et des associations militantes. Les renseignements obtenus illustraient l'expérience de chaque organisation et contenaient des données démographiques, ainsi que des précisions sur le rôle et les responsabilités des préposés aux services de soutien à la personne, leur milieu de travail, les études requises, les lignes directrices gouvernant leur travail, le profil des clients, ainsi que les problèmes auxquels sont confrontés les membres de cette profession.

Le CCRPS a organisé plusieurs ateliers et réunions publiques afin d'examiner le rôle des PSSP, les tâches qu'ils accomplissent, leurs milieux de travail, la variabilité de leurs tâches, les conditions dans lesquelles ils sont employés, les défis au plan des ressources humaines, leur éducation et leur formation, les préoccupations des clients et le risque de préjudice aux patients et aux clients.

Les conclusions de ces activités ont fait l'objet d'une synthèse sous forme de guide de discussion, lequel contenait également des questions auxquelles les parties prenantes étaient invitées à répondre. Quarante-trois mémoires ont été reçus d'employeurs, de PSSP, de professions de la santé réglementées, de consommateurs, d'éducateurs et de représentants de groupes d'intérêts et d'associations militantes. Nous avons également interrogé 32 experts en diverses matières.

Un examen de la situation ailleurs qu'en Ontario et de la littérature actuelle a également été entrepris. Des données concernant la Nouvelle-Écosse, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie ont été examinées et analysées afin de déterminer comment on avait procédé, dans ces régions, pour réglementer des travailleurs du même type que les préposés aux services de soutien à la personne.

Ces activités ont permis de recueillir une rétroaction valable sur les questions qui, de l'avis des principaux intervenants, soulevaient certaines inquiétudes. Les observateurs ont fait des remarques sur :

- le rôle des préposés aux services de soutien à la personne et le travail qu'ils font;
- le risque de préjudice pour les patients ou les clients;
- l'éducation et la formation des PSSP, de leurs superviseurs et de leurs employeurs;

- les dispositions législatives actuelles qui ont des répercussions sur les préposés aux services de soutien à la personne, leurs employeurs et les établissements où ils travaillent;
- les solutions de rechange à la réglementation dans le cadre de la *LPSR*.

Ces consultations ont mis en lumière deux questions clés : la diversité considérable du travail effectué par les PSSP dans différents milieux; et dans certaines situations, des préoccupations reliées au chevauchement avec le champ d'exercice réservé aux membres de professions de la santé réglementées. Le CCRPS a été informé que dans beaucoup de cas où les PSSP accomplissent des actes qui se situent dans le champ de pratique des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), ce travail est accompli par délégation ou sous supervision. Toutefois, plusieurs intervenants ont déclaré au CCRPS que cette supervision n'est peut-être pas toujours adéquate.

La deuxième phase des consultations a consisté en une série d'audiences publiques dans plusieurs localités de la province, dans le cadre desquelles le CCRPS a activement sollicité les avis des PSSP, de leurs clients et de leurs patients. Une quarantaine de participants ont présenté des réponses au guide de discussion à l'occasion d'audiences tenues à Ottawa, Toronto, Etobicoke, Thunder Bay et London en mai et juin 2006. D'autres intervenants ont présenté des réponses écrites au guide de discussion. Le CCRPS a organisé deux groupes de discussion réunissant des personnes handicapées et leurs représentants. Le CCRPS a également procédé à cinq entrevues avec des répondants clés appartenant à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à des associations d'infirmières et à des employeurs de PSSP.

Le CCRPS a ensuite procédé à une évaluation plus détaillée de l'opportunité de réglementer les PSSP en vertu de la *LPSR*. Dans la préparation de ses recommandations au ministre, le CCRPS a reçu et analysé les observations des parties prenantes sur les retombées économiques, l'accès, et la création d'une culture axée sur les « pratiques exemplaires ».

2. Contexte

2.1 Qu'est-ce qu'un PSSP?

Les PSSP sont des travailleurs de première ligne qui jouent un rôle clé dans les milieux de soins privés, de groupe et en établissement. Les PSSP travaillent dans les hôpitaux et les établissements de soins actifs, les foyers de soins de longue durée et les domiciles privés et dispensent des soins communautaires à domicile. Les patients et les clients recevant des services des PSSP présentent une large gamme de besoins et d'états médicaux. L'interaction des PSSP avec les clients peut affecter le fonctionnement quotidien et le bien-être global de ces derniers. Le niveau de supervision du travail des PSSP varie en fonction du milieu et de la disponibilité de membres de professions réglementées au sein du personnel.

Comme le CCRPS l'a appris, il n'existe pas de définition uniformément acceptée d'un PSSP. Cette catégorie est souvent définie par les descriptions de postes des employeurs, lesquelles varient selon le secteur, le milieu et les besoins des patients ou des clients. Voici deux exemples de description :

> Les préposés aux soins personnels fournissent des soins de qualité, une aide et des services de soutien au domicile des personnes qui en ont besoin, lorsqu'elles en ont besoin. Leurs tâches varient selon la situation[2].

> Les préposés aux services de soutien à la personne...fournissent des soins de longue durée et un soutien aux patients et aux clients. Les responsabilités professionnelles comprennent les soins personnels, des tâches ménagères, les courses et des services de compagnie. Les capacités des préposés aux services de soutien à la personne sont essentielles au bien-être, au confort, à la sécurité et à la santé des personnes qu'ils soutiennent[3].

2.2 Demande de services

La demande des services des PSSP va en augmentant. La population vieillissante continuera de connaître une incidence accrue de maladies chroniques et d'affections complexes qui peuvent être prises en charge à domicile et dans les établissements de soins de longue durée[4]. Dans les foyers de soins de longue durée, l'évolution de la clientèle a amené à s'intéresser davantage à la prise en charge des maladies chroniques et de la démence. L'âge moyen des pensionnaires des foyers de soins de longue durée est de 82,7 ans, et plus de 85 pour 100 sont classés dans les catégories nécessitant des soins moyens à intensifs. Globalement, 73 pour 100 des pensionnaires de ces foyers présentent une forme de trouble mental, y compris la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées.

Dans les soins à domicile, la tendance à congédier plus rapidement les patients des hôpitaux entraîne une augmentation de l'intensité des soins dont les clients soignés à domicile ont besoin, et de la complexité des services fournis hors du milieu hospitalier. Grâce aux progrès techniques, les personnes handicapées peuvent également recevoir des soins et des services qui leur permettent de mener une vie plus autonome. Ceci a également entraîné une augmentation de la fréquence d'affections complexes aujourd'hui prises en charge au foyer ou dans la communauté.

---

[2] Consortium canadien des carrières. *Aide à domicile ou aide sanitaire.* www.careercc.org/careerdirections/eng/e_oc_dwn.asp?ID=97&Alpha=No (URL valide en date du 13 février 2006).

[3] Association des hôpitaux de l'Ontario. Health Care Job Descriptions. www.oha.com/client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Health+Care+Job+Descriptions (URL valide en date du 12 février 2006).

[4] Par contraste à l'ensemble de la population (dont le taux de croissance est de 1,2 à 1,3 pour 100), le groupe des 65 ans et plus augmente à raison de 1,7 pour 100 par an et la longévité continue d'augmenter. CCRPS, *Nouvelles orientations*, avril 2006.

La pénurie provinciale de ressources humaines dans le secteur de la santé a exacerbé la demande de personnel paramédical, tel que les préposées et préposés aux services de soutien à la personne. Les autres tendances qui jouent sur le rôle et la portée du travail des PSSP sont les suivantes :

- la hausse de la demande de services, liée à la croissance en nombres absolus de la population de personnes âgées;
- l'intérêt porté à la substitution des soins hospitaliers ou autres soins en établissement traditionnels par des services communautaires;
- l'intensité accrue des soins fournis aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée comme aux patientes et patients des soins de santé communautaire, compte tenu du raccourcissement des séjours dans les hôpitaux de soins actifs;
- le désir de plus en plus répandu de finir ses jours chez soi;
- la diminution des aidantes et aidants naturels pouvant s'occuper des membres de leur famille à domicile;
- les nouvelles technologies.

2.3 Rôles accomplis par les PSSP

Les PSSP sont employés dans divers milieux des secteurs publics et privés. Comme nous le notions ci-dessus, ils travaillent dans des foyers de soins de longue durée, dans les soins à domicile et dans des milieux privés comme les maisons de retraite et les domiciles privés. Auparavant, les préposés aux services de soutien à la personne étaient connus, entre autres, sous les désignations suivantes : aide soignant; aide à la personne; aide de maintien à domicile; aide aux soins de relève; aide aux soins palliatifs; aide aux soins de soutien. Ces titres définissaient de manière plus précise le travail exécuté par les personnes que l'on désigne à présent de manière générale par le terme « PSSP ».

Le travail des PSSP va des tâches ménagères à l'accomplissement d'actes autorisés par délégation. Certains PSSP ont une formation scolaire limitée ou inexistante. Selon des données anecdotiques, la majorité des préposés aux services de soutien à la personne n'ont pas suivi de programme de formation officiel. Certains mettent à profit l'expérience de travail acquise dans des professions connexes, d'autres une formation aux soins de santé reçue à l'étranger. Beaucoup reçoivent une formation en cours d'emploi offerte par leurs employeurs ou par des organismes à but non lucratif. Certains autres reçoivent une formation structurée dispensée par des collèges communautaires, des collèges d'enseignement professionnel et des conseils de l'éducation.

Au nombre des tâches fonctionnelles qu'accomplissent les PSSP, citons les activités (ordinaires) de la vie quotidienne (AVQ) comme les légers travaux ménagers, les soins

Comme le CCRPS l'a appris, il n'existe pas de définition uniformément acceptée d'un PSSP. Cette catégorie est souvent définie par les descriptions de postes des employeurs, lesquelles varient selon le secteur, le milieu et les besoins des patients ou des clients. Voici deux exemples de description :

> Les préposés aux soins personnels fournissent des soins de qualité, une aide et des services de soutien au domicile des personnes qui en ont besoin, lorsqu'elles en ont besoin. Leurs tâches varient selon la situation[2].

> Les préposés aux services de soutien à la personne…fournissent des soins de longue durée et un soutien aux patients et aux clients. Les responsabilités professionnelles comprennent les soins personnels, des tâches ménagères, les courses et des services de compagnie. Les capacités des préposés aux services de soutien à la personne sont essentielles au bien-être, au confort, à la sécurité et à la santé des personnes qu'ils soutiennent[3].

2.2 Demande de services

La demande des services des PSSP va en augmentant. La population vieillissante continuera de connaître une incidence accrue de maladies chroniques et d'affections complexes qui peuvent être prises en charge à domicile et dans les établissements de soins de longue durée[4]. Dans les foyers de soins de longue durée, l'évolution de la clientèle a amené à s'intéresser davantage à la prise en charge des maladies chroniques et de la démence. L'âge moyen des pensionnaires des foyers de soins de longue durée est de 82,7 ans, et plus de 85 pour 100 sont classés dans les catégories nécessitant des soins moyens à intensifs. Globalement, 73 pour 100 des pensionnaires de ces foyers présentent une forme de trouble mental, y compris la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées.

Dans les soins à domicile, la tendance à congédier plus rapidement les patients des hôpitaux entraîne une augmentation de l'intensité des soins dont les clients soignés à domicile ont besoin, et de la complexité des services fournis hors du milieu hospitalier. Grâce aux progrès techniques, les personnes handicapées peuvent également recevoir des soins et des services qui leur permettent de mener une vie plus autonome. Ceci a également entraîné une augmentation de la fréquence d'affections complexes aujourd'hui prises en charge au foyer ou dans la communauté.

---

[2] Consortium canadien des carrières. *Aide à domicile ou aide sanitaire*. www.careerccc.org/careerdirections/eng/e_oc_dwn.asp?ID=97&Alpha=No (URL valide en date du 13 février 2006).

[3] Association des hôpitaux de l'Ontario. Health Care Job Descriptions. www.oha.com/client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Health+Care+Job+Descriptions (URL valide en date du 12 février 2006).

[4] Par contraste à l'ensemble de la population (dont le taux de croissance est de 1,2 à 1,3 pour 100), le groupe des 65 ans et plus augmente à raison de 1,7 pour 100 par an et la longévité continue d'augmenter. CCRPS, *Nouvelles orientations*, avril 2006.

La pénurie provinciale de ressources humaines dans le secteur de la santé a exacerbé la demande de personnel paramédical, tel que les préposées et préposés aux services de soutien à la personne. Les autres tendances qui jouent sur le rôle et la portée du travail des PSSP sont les suivantes :

- la hausse de la demande de services, liée à la croissance en nombres absolus de la population de personnes âgées;
- l'intérêt porté à la substitution des soins hospitaliers ou autres soins en établissement traditionnels par des services communautaires;
- l'intensité accrue des soins fournis aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée comme aux patientes et patients des soins de santé communautaire, compte tenu du raccourcissement des séjours dans les hôpitaux de soins actifs;
- le désir de plus en plus répandu de finir ses jours chez soi;
- la diminution des aidantes et aidants naturels pouvant s'occuper des membres de leur famille à domicile;
- les nouvelles technologies.

2.3 Rôles accomplis par les PSSP

Les PSSP sont employés dans divers milieux des secteurs publics et privés. Comme nous le notions ci-dessus, ils travaillent dans des foyers de soins de longue durée, dans les soins à domicile et dans des milieux privés comme les maisons de retraite et les domiciles privés. Auparavant, les préposés aux services de soutien à la personne étaient connus, entre autres, sous les désignations suivantes : aide soignant; aide à la personne; aide de maintien à domicile; aide aux soins de relève; aide aux soins palliatifs; aide aux soins de soutien. Ces titres définissaient de manière plus précise le travail exécuté par les personnes que l'on désigne à présent de manière générale par le terme « PSSP ».

Le travail des PSSP va des tâches ménagères à l'accomplissement d'actes autorisés par délégation. Certains PSSP ont une formation scolaire limitée ou inexistante. Selon des données anecdotiques, la majorité des préposés aux services de soutien à la personne n'ont pas suivi de programme de formation officiel. Certains mettent à profit l'expérience de travail acquise dans des professions connexes, d'autres une formation aux soins de santé reçue à l'étranger. Beaucoup reçoivent une formation en cours d'emploi offerte par leurs employeurs ou par des organismes à but non lucratif. Certains autres reçoivent une formation structurée dispensée par des collèges communautaires, des collèges d'enseignement professionnel et des conseils de l'éducation.

Au nombre des tâches fonctionnelles qu'accomplissent les PSSP, citons les activités (ordinaires) de la vie quotidienne (AVQ) comme les légers travaux ménagers, les soins

personnels (bain, alimentation, habillage, toilette) et le transfert (qui consiste à aider une personne à se mettre au lit ou à se lever). Parfois, un travail de garde d'enfants s'y ajoute. Certaines autres tâches mettent en jeu des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), notamment la planification du menu, les courses et la préparation des repas, ou encore la prestation de services de transport et d'accompagnement des clients à leurs rendez-vous et aux retours. Des services d'aide aux activités éducatives et récréatives peuvent également être fournis. Dans certains cas, les PSSP sont appelés à fournir des services de soins cliniques, par exemple à prendre la tension artérielle du client, sa température ou son pouls, à prélever des échantillons ou à appliquer un programme de réadaptation.

Lorsque certains critères très spécifiques ont été satisfaits, les PSSP peuvent accomplir des actes délégués ou autorisés qui consistent à :

- administrer des substances par voie d'injection ou d'inhalation;
- introduire un instrument, une main ou un doigt dans un orifice du corps ou dans une ouverture artificielle dans le corps[5].

Les PSSP peuvent par exemple administrer des médicaments ou des suppositoires ou procéder à l'irrigation du côlon ou administrer un lavement, le tout par délégation.

Il convient également de noter que l'on constate parfois des recoupements importants entre le travail des PSSP et celui de personnes désignées sous d'autres appellations d'emploi.

2.4 Main-d'œuvre

En raison de plusieurs facteurs, il est difficile d'estimer avec précision le nombre des PSSP travaillant en Ontario :

- Les PSSP sont souvent classés avec d'autres professionnels de la santé dans les données disponibles. Par exemple, Santé Canada ne distingue pas les PSSP comme une catégorie professionnelle autonome, mais les regroupe avec des occupations apparentées comme les préposés aux bénéficiaires, les préposés aux soins auxiliaires et les aides familiaux. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) classe les PSSP dans une catégorie générale de « fournisseurs de soins non réglementés ».

- Il existe plusieurs filières d'éducation et de formation qui mènent à l'emploi de PSSP, ce qui permet difficilement d'estimer l'importance de la main-d'œuvre.

- Beaucoup d'employeurs comptent sur des travailleurs à temps partiel ou occasionnels puisque la demande de leurs services est variable. Ces employeurs

[5] Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Directives professionnelles : la collaboration avec des prestataires de soins non réglementés*, 2005.

additionnent ainsi le nombre d'heures de travail et déclarent des postes équivalents à temps plein plutôt que des postes permanents réels.

Selon les données de Santé Canada, environ 100 000 personnes travailleraient comme PSSP ou accompliraient des rôles semblables en Ontario[6]. Ce chiffre est dérivé d'informations provenant de diverses sources, y compris les rapports sur les établissements de soins de longue durée, des sites Web d'employeurs et d'associations et des études pertinentes. Les données de Santé Canada révèlent par ailleurs que ce secteur connaît une croissance rapide et un faible taux de chômage.

2.5 Main-d'œuvre par milieu de travail

Les préposés aux services de soutien à la personne offrent des services et des soins directs aux malades hospitalisés, aux pensionnaires d'établissements de soins de longue durée, de foyers de groupe et de maisons de retraite, ainsi qu'aux locataires de logements avec services de soutien, en plus d'aider des personnes à domicile. Ils travaillent auprès de clients présentant des affections et des besoins en soins de santé variés. Les services peuvent être fournis sur une base temporaire ou continue.

Hôpitaux

Les PSSP travaillent en milieu hospitalier, essentiellement dans les services de réadaptation et les services de soins continus complexes, et ils sont généralement désignés par le terme « aides soignants ». Dans ces milieux, les PSSP ont pour rôle de faciliter l'accomplissement des AVQ et d'aider les patients à retrouver une certaine mobilité face au vieillissement, à une lésion ou à une maladie. Un PSSP travaille sous la direction d'une IA ou d'une IAA[7]. Les PSSP peuvent assister le personnel infirmier ou hospitalier et les médecins[8]. Ils peuvent également recevoir des instructions d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes et de thérapeutes respiratoires autorisés.

---

[6] Ce chiffre est dérivé d'informations provenant de diverses sources, y compris les rapports sur les établissements de soins de longue durée, des sites Web d'employeurs et d'associations et des études pertinentes. L'exactitude de ce chiffre peut être affecté par trois facteurs. 1) Un certain nombre de PSSP sont engagés à titre privé, et le nombre total des emplois pourrait donc être plus élevé. 2) Certaines personnes qui accomplissent les mêmes tâches fondamentales que beaucoup de PSSP ont parfois d'autres titres de postes et, par conséquent, ne s'identifient pas avec ce groupe professionnel. Ceci aurait pour effet de réduire le nombre de PSSP estimé. 3) Certains employeurs déclarent les postes équivalents à temps plein plutôt que le personnel à temps plein, ce qui a pour effet possible d'augmenter artificiellement leur effectif, par exemple dans le cas où un même PSSP cumule plus d'un quart de travail chez un ou plusieurs employeurs.

[7] Ontario Network for Internationally Trained Professionals Online. Personal Support Worker. http://www.onip.ca/article/8/ (URL valide en date du 12 février 2006).

[8] Emploi-avenir Ontario. 3413 Aides-infirmiers, aides soignants et préposés aux bénéficiaires. Gouvernement de l'Ontario. www1.on.hrdc-drhc.gc.ca/ojf/ojf.jsp?lang=e&section=Profile&noc=3413 (URL valide en date du 13 décembre 2005).

Soins de longue durée

Les soins de longue durée ont beaucoup évolué depuis quelques années, avec une importance accrue attachée à la gestion d'une maladie chronique ou au traitement d'une démence. Dans ce milieu, la portée du travail des préposés aux services de soutien à la personne comprend l'aide aux activités de la vie quotidienne, les loisirs, la marche et des actes délégués liés aux soins infirmiers.

Le CCRPS est informé que la majorité des PSSP travaillant dans le secteur des soins de longue durée ont achevé des programmes de collège communautaire ou de collège d'enseignement professionnel et reçu une formation complémentaire généralement fournie par l'employeur.

En Ontario, une multitude de règlements, de normes et de mesures législatives ont un impact sur les établissements de soins de longue durée et la conduite des employeurs.

Soins communautaires

Un nombre considérable de préposés aux services de soutien à la personne dispensant des soins à domicile sont employés par des organismes qui fournissent des services à contrat pour les centres d'accès aux soins communautaires (CASC). Ces organismes embauchent des préposés aux services de soutien à la personne qui travaillent au domicile des clients, où leurs fonctions consistent principalement à aider ces derniers à accomplir des activités ordinaires et instrumentales de la vie quotidienne et à leur dispenser des soins personnels et cliniques adaptés à leurs besoins. La clientèle est très variée. Le nombre de clients issus d'établissements de soins actifs augmente du fait que ceux-ci bénéficient d'un suivi des soins ambulatoires et que les hôpitaux accélèrent la mise en congé de leurs patients. La clientèle est nombreuse à avoir besoin de soins continus pour gérer une affection chronique, et elle se répartit dans tous les groupes d'âge.

Les organismes de soutien communautaire embauchent surtout les préposés aux services de soutien à la personne pour offrir des services aux personnes âgées et aux personnes ayant un handicap physique. Le rôle des préposés aux services de soutien à la personne varie selon le mandat de l'organisme, ce dernier fournissant tantôt une aide à domicile, tantôt des soins de relève. Dans tous les cas, les préposés aux services de soutien à la personne peuvent être appelés à fournir une aide aux activités ordinaires et instrumentales de la vie quotidienne.

Beaucoup de PSSP employés dans ce secteur cumulent les quarts de travail et les emplois; 92 pour 100 sont des femmes[9].

---

[9] Emploi-avenir Ontario. 6471 Aides familiaux, aides de maintien à domicile et personnel assimilé. Gouvernement de l'Ontario. www1.on.hrdc-drhc.gc.ca/ojf/ojf.jsp?lang=e&section=Profile&noc=6471 (URL valide en date du 13 décembre 2005).

Emploi privé

Certains PSSP sont employés par des clients à titre privé. Dans les domiciles privés, les services visent essentiellement l'autonomie. La clientèle est très diversifiée mais il s'agit généralement d'aider les clients à accomplir les AVQ et les AIVQ, ainsi que les travaux ménagers. Le PSSP peut également aider le client à accomplir des activités récréatives ou des activités favorables aux contacts sociaux.

Les coûts sont parfois acquittés par le client à titre privé ou financés par une assurance privée, ou encore subventionnés par des programmes spéciaux. Par exemple, le ministère des Affaires des anciens combattants (AAC) subventionne l'entretien ménager et l'entretien du terrain au domicile des anciens combattants et de leurs conjoints survivants.

Les foyers de retraite privés emploient également des PSSP à titre privé. Il y a dans la province environ 650 foyers de retraite sous gestion privée, qui accueillent près de 40 000 pensionnaires. L'Ontario Retirement Communities Association (ORCA) représente environ 60 pour 100 des foyers de retraite en Ontario. Le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario a salué la décision prise par l'ORCA de créer un service accessible de réponse aux plaintes et d'information, que l'on peut joindre en composant un numéro sans frais. L'ORCA accrédite et inspecte les foyers gérés par ses membres afin de s'assurer que ceux-ci tiennent leurs engagements envers la qualité et l'imputabilité. Les politiques de l'association prévoient une tolérance zéro en cas de mauvais traitements. L'un des principaux membres de l'association a déclaré que « l'immense majorité » de ses employés ont reçu une formation scolaire[10].

Le CCRPS note que même si l'ORCA a fait des progrès dans l'amélioration de la qualité des soins chez ses membres, 40 % des foyers de retraite privés n'y adhèrent pas et peuvent ne pas adopter les mêmes normes de soins.

3. Facteurs pris en compte dans les recommandations du CCRPS

3.1 Ensemble de connaissances

En formulant un avis sur la réglementation des nouvelles professions, le CCRPS détermine si les membres de la profession possèdent un ensemble de connaissances particulières et systématiques leur permettant d'évaluer, de traiter ou de servir leurs patients ou leurs clients. Les activités de base accomplies par les membres de la profession doivent former un tout bien défini et être largement acceptées comme tel au sein de la profession.

De nombreux intervenants ont déclaré au CCRPS qu'il n'y a pas d'ensemble de connaissances distinct qui soit propre au travail des PSSP. L'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) observe que les PSSP n'exercent pas à

[10] Diversicare Canada Management Services Co. Inc., mémoire au CCRPS, mai 2006.

l'intérieur d'un corpus de connaissances distinct et systématique mais suivent un plan clairement défini par l'employeur ou le superviseur[11].

L'OIIO déclare :

> Les PSSP accomplissent leur travail selon un plan de soins élaboré par un fournisseur de soins réglementé. Ils n'établissent pas le plan de soins mais ils y donnent suite pour le bien du client. Les PSSP n'effectuent pas d'examens. Les circonstances dans lesquelles un PSSP peut accomplir des traitements sont soigneusement prescrites sous la direction et la supervision d'un professionnel de la santé réglementé. Surtout, lorsqu'un PSSP reçoit des instructions sur l'accomplissement d'activités qui peuvent se situer dans le champ de pratique de la profession infirmière, ces instructions sont adaptées à des clients individuels. Le PSSP ne possède pas la formation nécessaire pour transférer ces compétences à d'autres clients[12].

Des éducateurs partagent ce point de vue. Par exemple, le Collège George Brown d'arts appliqués et de technologie affirme :

> Surtout, les PSSP ne pratiquent pas dans le cadre d'un ensemble de connaissances distinct et systématique, mais suivent plutôt un plan de soins clairement défini par l'employeur ou par un fournisseur de soins réglementé. Lorsque les PSSP doivent accomplir des tâches déléguées qui se situent dans le champ de pratique du personnel infirmier, l'infirmière doit s'assurer que le PSSP peut accepter cette délégation. Ce faisant, le PSSP est guidé et dirigé par un plan de soins pour un patient spécifique, mis au point par un fournisseur de soins réglementé, et reçoit des instructions en vue de dispenser des soins spécifiquement adaptés à un patient individuel[13].

Dans certains cas, les PSSP accomplissent des actes autorisés par délégation d'un professionnel de santé réglementé. Il est précisé que cette délégation est spécifique à un client et ne signifie pas que le PSSP évalue ou traite ses propres patients ou clients. Le PSSP joue en tout temps un rôle de soutien en aidant les professionnels de santé réglementés à exécuter des plans de soins et de traitement.

Certains intervenants ont soutenu que l'ensemble de connaissances des PSSP équivaut aux soins infirmiers de base, et que les PSSP accomplissent aujourd'hui les tâches jadis réservées aux IA et aux IAA. D'autres affirment au contraire qu'avec le rehaussement des normes de formation des IA (BSc) et des IAA (diplôme collégial), les tâches accomplies par les PSSP ne font plus partie des soins infirmiers. L'OIIO soutient que le champ de pratique des PSSP englobe uniquement des activités que le client accomplirait lui-même s'il en était physiquement ou cognitivement capable et que les PSSP n'exercent pas de jugement indépendant et ne prennent pas de décisions pour le soin des patients mais se

---

[11] Lettre de l'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) au CCRPS, juin 2006.
[12] OIIO, réponse au Guide de discussion de consultation, mars 2006.
[13] Collège communautaire George Brown, mémoire au CCRPS, juin 2006.

conforment simplement aux plans de soins et de traitement élaborés par des professionnels de la santé réglementés[14].

Le CCRPS considère que le travail des PSSP est distinct de celui du personnel infirmier et estime en outre que les PSSP suivent étroitement les plans de soins et de traitement établis par d'autres. Globalement, les PSSP ne sont pas habilités à prendre des initiatives à l'égard d'un patient, par exemple à apporter indépendamment des modifications au plan de soins ou à la mise en oeuvre de celui-ci. En outre, les activités de tenue de dossiers dévolues aux PSSP ne sortent pas de la routine et ne mettent pas en jeu des jugements à l'égard des dossiers qu'ils tiennent à jour.

Le CCRPS considère que la profession de PSSP ne possède pas son propre ensemble de connaissances clairement défini.

3.2 Risque de préjudice

Pour être admissible à la réglementation en vertu de la *LPSR*, une profession doit démontrer que son exercice présente un grave risque de préjudice physique, affectif ou mental pour les patients ou les clients. Pendant la phase I de l'étude du CCRPS, plusieurs participants ont associé le travail accompli par les PSSP avec la possibilité de préjudices allant d'une lésion causée par un accident (pendant l'accomplissement d'AVQ ou d'AIVQ) jusqu'aux lésions découlant de l'accomplissement d'actes délégués ou encore de fautes professionnelles. Dans la seconde phase de son enquête, le CCRPS a eu connaissance d'exemples spécifiques.

Sur la question des risques, l'OIIO a déclaré :

> Au fur et à mesure que la qualité et le degré de supervision des PSSP diminuent, le risque de préjudice pour leurs patients augmente. Parce que les PSSP dispensent des soins de base conformément à leur formation et sont soutenus par les normes de services de leur employeur, le risque de préjudice est réduit au minimum. Lorsque les PSSP dispensent des soins qui se situent hors de leur champ de formation et de leurs tâches habituelles, le degré de supervision doit être relié à la complexité de l'acte et à l'état du client[15].

L'AIIAO a illustré la manière dont l'accomplissement ordinaire d'un acte délégué peut se transformer en une intervention thérapeutique.

> Parfois, un PSSP accomplit un acte autorisé par délégation, et l'état du patient change pendant l'acte, lequel se transforme en intervention thérapeutique de soins infirmiers. Dans bien des cas, le PSSP ne possède pas les connaissances, les compétences ni le jugement nécessaires pour savoir qu'un changement s'est produit, ne reconnaît pas la complexité accrue du cas, y compris les

[14] Lettre de l'OIIO au CCRPS, juin 2006.
[15] Ibid.

contre-indications au traitement en cours d'exécution, et par conséquent peut faire courir des risques au patient.

> Par exemple, l'aspiration régulière des trachéostomies bien établies constitue une AVQ de routine. Toutefois, le patient pourrait présenter des complications, que l'on pourrait constater, par exemple, du fait que le fluide aspiré est coloré. On ne peut supposer que le PSSP peut reconnaître qu'un changement est intervenu dans l'état du patient, même s'il croit de bonne foi qu'il a accompli correctement sa tâche[16].

En outre, un PSSP est parfois le seul membre du personnel présent lorsque l'état d'un patient ou d'un client évolue. Ses actions peuvent affecter l'issue de la situation d'urgence pour un patient ou un client.

Un employeur, Diversicare Canada Management Services, évoque en ces termes le risque de préjudice pour les patients ou les clients dû à la faute professionnelle des PSSP :

> Même lorsqu'une politique de tolérance zéro est appliquée et que des mesures de protection sont mises en place, aucun employeur ne peut surveiller l'interaction régulière entre les PSSP et leurs clients. L'immense majorité de nos employés sont des personnes animées du soin d'autrui et de la compassion, dont les qualités conviennent à leur rôle de prestation de soins et de services, mais il est vrai qu'il y a des exceptions, des gens qui profitent de la vulnérabilité des clients[17].

Préjudice physique ou mental découlant du traitement

Dans le contexte de l'aptitude d'une profession à la réglementation en vertu de la *LPSR*, le CCRPS s'intéresse avant tout au préjudice physique ou mental pouvant découler du traitement. Le degré de risque de préjudice physique ou mental pouvant découler des soins dispensés par les PSSP est d'autant plus difficile à évaluer que ceux-ci ne planifient et ne dispensent pas indépendamment de traitements, mais agissent sous la supervision ou la direction d'un professionnel réglementé ou d'un employeur qui est responsable du plan de soins ou de traitement.

Un préjudice pour les patients peut découler de l'exécution inexacte des instructions ou de la modification non autorisée d'un plan de soins. Par exemple, un patient pourrait subir un préjudice du fait de l'inobservation par le PSSP d'un régime alimentaire thérapeutique. Il existe également le risque général d'erreur ou de lésion attribuable à la substitution inopinée du PSSP régulier du client, ou à la fatigue lorsque le PSSP cumule plusieurs quarts de travail. Dans un tel cas, le CCRPS estime qu'il est nécessaire d'intervenir au niveau des pratiques en milieu de travail, en remédiant en particulier, s'il y a lieu, à l'absence d'une supervision appropriée et à l'inadéquation de la formation.

---

[16] Lettre de l'AIIAO au CCRPS, juin 2006.
[17] Diversicare Canada Management Services Co. Inc., mémoire au CCRPS, mai 2006.

Mauvais traitements et faute professionnelle

Le CCRPS considère qu'il existe un risque particulier de préjudice résultant des mauvais traitements et des fautes professionnelles comme la fraude. Les PSSP sont souvent les aidants principaux d'un client dans un foyer ou un établissement et servent souvent des clients particulièrement vulnérables à cause de leur fragilité et de leur âge, de leurs handicaps physiques ou cognitifs ou du fait qu'ils se remettent d'une maladie ou d'un accident.

De nombreux cas d'abus graves ont été signalés au CCRPS, y compris les mauvais traitements psychologiques, notamment l'isolement social ou physique du client; les mauvais traitements verbaux et affectifs, y compris les insultes et les menaces de sévices ou d'abandon; le retrait de services ou des éléments essentiels de la vie, y compris les médicaments et l'accès aux soins de santé; les mauvais traitements de nature physique ou sexuelle, y compris des observations inappropriées; et la fraude financière ou encore la captation du testament ou de la procuration du client. Il a été impossible au CCRPS d'établir avec précision la fréquence de tels abus, mais des patients, des clients et des employeurs les ont évoqués, et il est notoire que les corps policiers et les tribunaux interviennent dans de telles affaires.

Le CCRPS note que l'employeur est responsable des actes de ses employés et doit avoir une politique de tolérance zéro quant aux mauvais traitements. Le CCRPS note également l'importance d'une formation en cours d'emploi du personnel afin de s'assurer que celui-ci sait comment traiter les clients de manière appropriée.

Non-déclaration des mauvais traitements et des fautes professionnelles

D'après les renseignements fournis au CCRPS, il se peut que beaucoup de cas d'abus mettant en jeu des PSSP ne soient pas déclarés. Par exemple, le ARCH Disability Law Centre signale que les personnes lésées hésitent à déclarer officiellement qu'elles ont été victimes de mauvais traitements, de crainte de représailles (comme d'autres mauvais traitements ou la perte de services). La crainte des représailles est parfois aggravée par la vulnérabilité physique du client, l'absence d'autres services disponibles et même des cas où l'employeur tolère des abus de la part d'un membre de son personnel[18].

D'autres observateurs, évoquant le cas des personnes âgées, affirment également que le nombre de cas de préjudice est sans doute supérieur au nombre déclaré. Selon le Collège Mohawk, « les personnes âgées sont particulièrement vulnérables puisqu'elles font confiance et qu'elles hésitent à signaler les problèmes »[19].

Les dirigeants de Diversicare Canada Management Services ont déclaré au CCRPS que « les personnes âgées hésitent parfois à déclarer ou à confirmer des abus en raison d'un

[18] Faute de personnel disponible ou en raison des règles régissant les lieux de travail syndiqués.
[19] Collège Mohawk, mémoire au CCRPS, mars 2006.

attachement injustifié à l'aidant; dans un tel cas, le pensionnaire peut s'efforcer d'expliquer ou d'excuser les actions de l'aidant »[20].

Préjudice résultant de la méconnaissance des fautes antérieures d'un employé

Il existe un risque supplémentaire de préjudice résultant du fait que les employeurs ne sont pas en mesure de confirmer l'intégralité des qualifications et des antécédents professionnels des candidats aux postes de PSSP, faute d'une base de données ou d'un registre des PSSP qui leur permettrait de vérifier les qualifications et l'expérience professionnelle des candidats, ou les raisons de leur départ de leur emploi précédent. À l'heure actuelle, les employeurs ne peuvent vérifier que le casier judiciaire des candidats.

Beaucoup d'employeurs ont souligné les lacunes de la *Loi sur les relations de travail de l'Ontario* et du processus d'arbitrage. Par exemple, les employeurs hésitent à communiquer des renseignements défavorables à l'égard des PSSP (incidents, congédiement). Bien plus, étant donné les exigences très strictes en matière de preuves à réunir pour prouver un abus, beaucoup d'employeurs proposent à un employé fautif une indemnité afin de régler rapidement le cas, plutôt que d'entamer la procédure qui mènerait au congédiement. Ce genre de règlement s'accompagne normalement d'un engagement de confidentialité.

Globalement, le CCRPS conclut que le travail des PSSP entraîne pour les patients un risque de préjudice physique et psychologique en l'absence d'une supervision professionnelle adéquate, en l'absence de recours adéquats pour les clients, ou lorsque les employeurs ne font pas diligence pour s'assurer que les normes sont respectées. Le CCRPS conclut que le risque de préjudice peut être suffisamment écarté en améliorant la supervision, en offrant des recours adéquats aux clients et aux patients, en améliorant la formation des PSSP et en astreignant les employeurs à des normes de diligence.

3.3 Mesure dans laquelle les membres de la profession appuient et souhaitent leur réglementation

Pour démontrer qu'elle est prête à l'autoréglementation, il faut qu'une profession démontre qu'un nombre suffisant de ses membres ont manifesté leur volonté d'être réglementés. Les membres de la profession doivent également faire preuve d'un degré d'engagement suffisant pour qu'il y ait tout lieu de penser qu'ils se conformeront à la réglementation. Les membres de la profession doivent être suffisamment nombreux pour affecter des représentants à tous les comités que doit avoir un corps dirigeant et doivent être prêts à assumer tous les coûts de la réglementation. La profession doit également être capable de maintenir une association professionnelle distincte.

Il existe quelques organisations naissantes de PSSP, mais aucune association pleinement représentative de cette catégorie professionnelle.

---

[20] Diversicare Canada Management Services Co. Inc., mémoire au CCRPS, mai 2006.

Collectivement, les PSSP n'ont pas convaincu le CCRPS que le projet d'autoréglementation est largement soutenu et qu'il existe une volonté généralisée d'être autoréglementé ni une probabilité élevée de conformité à la réglementation. La National Association of Certified Caregivers/Personal Support Workers (NACPSW) s'est déclarée intéressée à la réglementation de ses membres et a demandé de se voir attribuer les responsabilités d'un ordre professionnel. Sur les quelque 5 000 membres de la NACPSW, 2 214 vivraient en Ontario.

La NACPSW fonctionne comme une association militante et un organisme de réglementation volontaire. Elle offre à ses membres une formation continue et des possibilités de perfectionnement et assure la liaison avec les pouvoirs publics. L'association déclare en outre qu'elle établit des normes et lignes directrices de pratique et répond aux plaintes émanant de clients et d'employeurs.

L'Ontario Association of Personal Support Workers and Health Care Aides (OAPSW & HCA) est une autre association représentant les PSSP, plus récente et moins bien organisée que la NACPSW. Les entretiens du CCRPS avec l'OAPSW & HCA l'ont amené à croire que ses membres cherchent à obtenir crédibilité et respect à titre de membres de l'équipe de soins, mais ne prennent peut-être pas conscience de l'impact réel de l'autoréglementation.

Pendant les consultations publiques, le CCRPS a entendu les interventions d'un petit nombre de PSSP favorables à la réglementation en vertu de la *LPSR,* mais le CCRPS n'est pas en mesure de déterminer si ces interventions représentaient la majorité des PSSP. Les PSSP qui sont intervenus pendant les audiences publiques et les groupes de réflexion du CCRPS ont généralement fait preuve d'une méconnaissance du coût, des responsabilités et de la complexité de l'autoréglementation professionnelle.

Des intervenants ont signalé au CCRPS que les PSSP, qui sont faiblement rémunérés et travaillent souvent à temps partiel, ne seraient pas en mesure de soutenir le coût de la réglementation à titre d'ordre distinct ou même au sein d'un ordre existant. Un répondant a suggéré que les PSSP soient réglementés par l'OIIO afin de rendre la cotisation abordable, mais l'OIIO n'a pas donné son aval à cette position.

Le CCRPS conclut que les PSSP ne connaissent pas suffisamment bien les exigences de la réglementation et ne sont pas adéquatement organisés ni équipés pour soutenir l'autoréglementation.

3.4 Capacité des dirigeants à privilégier l'intérêt public

Pour qu'une profession parvienne à l'autoréglementation, ses dirigeants doivent démontrer qu'ils sauront faire la part entre l'intérêt public et l'intérêt de leur profession et qu'ils privilégieront le premier lorsqu'ils seront autoréglementés.

Le CCRPS ne doute pas que la majorité des PSSP désirent servir les intérêts de leurs clients ou de leurs patients. Toutefois, l'absence d'une association professionnelle à part

entière représentant la majorité des PSSP permet difficilement de repérer des dirigeants capables de veiller à ce que le rôle de promotion de la profession soit clairement distingué, sur le plan des buts et des exigences, de celui de promotion et de protection de l'intérêt public.

3.5 Surveillance suffisante

Pour évaluer le caractère adéquat de la surveillance, le CCRPS détermine si de nombreux membres de la profession sont soumis à un contrôle de la qualité efficace, soit par des surveillants d'établissements réglementés, soit par des surveillants qui sont eux-mêmes des professionnels réglementés, ou encore par les professions réglementées qui leur confient des tâches.

Dans les établissements publics de soins actifs et de soins de longue durée et dans les réseaux de soins communautaires, le travail est généralement surveillé par l'établissement, le CASC ou l'organisme employeur. Les PSSP sont généralement supervisés par une IA ou une IAA. Les CASC et les foyers de soins de longue durée doivent eux-mêmes rendre des comptes aux termes d'ententes avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ou encore sont sujets à des règlements, des normes et des règles en application de la *Loi sur les soins de longue durée*.

La surveillance dans les foyers de retraite privés est plus variable, sans surveillance de la part des organismes de réglementation.

Foyers de soins de longue durée

C'est dans les foyers de soins de longue durée que les PSSP sont régis par la structure de réglementation la plus développée et reçoivent le degré de surveillance le plus élevé. Malgré ceci, le rapport de 2004 de la députée de Nipissing, M^me^ Monique Smith, indique que plusieurs foyers étaient aux prises avec d'urgents problèmes de dotation en personnel, ce qui soulevait des préoccupations quant à la surveillance des PSSP.

> Par exemple, nous avons visité des foyers où il y avait une IA, une IAA et quatre aides-soignants pour 160 pensionnaires pendant le service de nuit. En outre, les foyers de soins de longue durée ont un personnel constitué d'infirmières à temps partiel, d'aides-soignants et de PSSP, ce qui précarise l'emploi et entraîne un roulement plus important, créant davantage de possibilités d'erreurs[21].

Selon les renseignements recueillis par le CCRPS, de tels cas extrêmes ne sont pas courants. Lors de ses entretiens avec les employeurs, le CCRPS a été informé que certains foyers ont un PSSP pour neuf pensionnaires seulement, sous la surveillance d'une IA ou d'une IAA. Le ratio moyen est plus proche de 11:1 ou 13:1. En général, une

---

[21] M. Smith, *Engagement en matière de soins : planification des soins à long terme en Ontario*, 2004, p. 21. Le CCRPS note que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a répondu à ce rapport en annonçant un financement accru pour 3 140 postes équivalents à temps plein dans le secteur des foyers de soins de longue durée, y compris 682 postes d'infirmières équivalents à temps plein.

IA est responsable des soins et de la surveillance de 60 patients et une IA de 45 patients. Les employeurs ont signalé que les questions de financement ont un impact sur le nombre de surveillants.

Soins communautaires

Le CCRPS est informé que dans le milieu communautaire et de soins à domicile, les PSSP travaillent fréquemment à une certaine distance physique du professionnel de la santé qui les surveille, avec une supervision directe limitée. La surveillance prend souvent des formes indirectes, notamment des communications par téléphone et l'examen des dossiers. Les intervenants ont affirmé au CCRPS qu'il faut renforcer les normes auxquelles les employeurs doivent se conformer, et que ceux-ci doivent prendre davantage leurs responsabilités en ce qui concerne la mise en place de normes uniformes dans tous les milieux.

Vu que la surveillance dans les soins à domicile est souvent indirecte, il incombe ainsi au CASC ou aux SCC de veiller à ce que les fournisseurs de services se conforment aux normes et procédures pertinentes afin d'assurer une supervision adéquate et la prestation de soins de haute qualité.

Services privés

Des intervenants ont indiqué au CCRPS que la surveillance des PSSP dans les foyers de retraite est très variable. Dans certains cas, un personnel professionnel inscrit surveille les PSSP, tandis que dans d'autres, les PSSP travaillent de manière autonome, y compris pour l'administration des médicaments. Le CCRPS note que les personnes qui arrivent actuellement dans les foyers de retraite ont de plus en plus de chances d'être des personnes âgées fragiles présentant des déficits cognitifs et ayant des besoins de soins continus.

Les foyers de retraite privés appartenant à l'ORCA souscrivent volontairement à un ensemble de normes d'exploitation professionnelles, y compris des pratiques de ressources humaines « essentielles pour remplir les obligations légales de maintien d'un milieu de vie sûr et confortable pour les pensionnaires ». Les membres adhèrent à un code de déontologie[22]. Ce secteur n'est cependant pas réglementé et il n'existe aucune surveillance des soins complémentaires fournis aux pensionnaires.

Ratios IA/PSSP et IAA/PSSP

Les employeurs ont déclaré au CCRPS qu'ils se préoccupent du ratio infirmière-PSSP et qu'ils tiennent à assurer qu'un nombre suffisant d'infirmières est disponible pour surveiller les PSSP, en fonction de l'intensité des soins dont les patients ont besoin. Or, les questions de santé en cause ne sont pas identiques d'un secteur à l'autre et même si les ratios IA-PSSP et IAA-PSSP sont importants, il ne faut pas les considérer isolément. Les employeurs ont souligné que la norme idéale consisterait en une gamme de ratios,

[22] Site Web de l'ORCA, consulté le 5 septembre 2006.

basés sur l'intensité des soins requise par les patients, ainsi que sur la complexité des soins dont ceux-ci ont besoin, plutôt que sur une formule numérique rigide.

Les chercheurs américains qui ont étudié les établissements de soins de longue durée aux États-Unis ont conclu que le type de personnel représente un facteur prédictif exact des processus de soins de haute qualité. Les établissements possédant une proportion plus élevée d'infirmières auxiliaires par rapport aux aides infirmières (dont le rôle est comparable à celui des PSSP) présentent une gamme plus étendue d'issues positives. Une étude séparée a démontré que le fait pour un établissement d'avoir une proportion moins élevée de personnel infirmier réglementé était lié à un nombre plus élevé d'erreurs d'administration de médicaments et de plaies infectées[23].

Au Canada, « les recherches menées sur les modèles de dotation en personnel ont démontré un lien très net entre le niveau de connaissances et de compétences d'une part et les issues pour les patients. Ce genre de résultat se rencontre dans tous les secteurs des soins de santé, y compris les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et le milieu communautaire. Par exemple, les patients hospitalisés [donc recevant davantage de soins des IA] avaient des séjours moins longs et des taux moins élevés d'infection des voies urinaires, de pneumonie, de choc, d'arrêt cardiaque et d'échec des secours, ainsi que des taux moins élevés de plaies infectées et d'erreurs d'administration des médicaments »[24].

Toutefois, dans tous les secteurs, le CCRPS a entendu les mises en garde contre l'imposition de ratios fixes. Les employeurs ont déclaré avoir besoin d'une gamme de ratios basée sur l'intensité des soins exigés par les patients et les pensionnaires et le profil de ceux-ci. Les employeurs ont également souligné que l'imposition de ratios rigides limite leur créativité dans la mise en place de nouveaux modèles de soins ou d'approches de service parallèles.

Certains employeurs se sont également inquiétés devant la possibilité que la création de ratios minimum de dotation en personnel fasse augmenter les salaires. Globalement, les employeurs ont souligné qu'il faut insister sur des niveaux de soin minimums, et non des niveaux minimums de dotation en personnel.

Les parties prenantes ont également souligné la nécessité d'améliorer notablement la formation des IA et des IAA en matière de compétences de surveillance. Les professionnels inscrits doivent recevoir une formation plus spécifique sur la direction du personnel.

Les PSSP, membres de l'équipe de soins?

Dans les milieux publics (hôpitaux, établissements de soins de longue durée, soins à domicile et communautaires), les PSSP sont généralement surveillés par une IA ou une

[23] Lettre de l'OIIO au CCRPS, juin 2006.
[24] Lettre de l'AIIO au CCRPS, juin 2006.

IAA, chaque patient ou client faisant l'objet d'un plan de traitement ou d'un plan de soins. Ces plans sont généralement mis au point par le personnel infirmier, en consultation avec d'autres professionnels de la santé réglementés qui connaissent le client. Une fois le plan en place, les tâches reliées à la prestation des soins personnels et cliniques sont attribuées. Les PSSP participent à la mise en œuvre du plan de travail.

Certains intervenants ont toutefois souligné la disjonction du transfert d'autorité des IA aux IAA puis aux PSSP.

Plusieurs parties prenantes ont suggéré de faire des PSSP un élément plus central de l'équipe de soins, et de leur donner des renseignements complets sur l'état initial du patient ou du client afin qu'ils puissent signaler toute évolution dans l'état de celui-ci. Certains ont suggéré la mise en place d'un modèle de soins intégrés. Même si les PSSP ne réalisent pas d'évaluations, certains ont signalé que leurs interactions régulières avec les clients et leurs responsabilités de préparer des rapports sur leurs contacts avec ceux-ci représentent des éléments clés dans l'élaboration et la révision des plans de soins. Il est important de s'assurer que tout changement dans l'état d'un patient observé par un PSSP soit pris en compte dans l'ajustement du plan de soins.

Les employeurs interrogés sur ce point par le CCRPS ont donné des réponses variées. Certains ont affirmé que les PSSP ne sont pas considérés comme faisant partie intégrante de l'équipe de soins, et que cela ne correspondait pas à leurs attributions. Selon ces employeurs, les PSSP avaient pour tâche de suivre les instructions, conformément à leur formation. Les rapports fournis par les PSSP seraient routiniers et de nature technique (tenue de dossiers). D'autres employeurs, en revanche, ont affirmé que les PSSP font déjà partie des équipes de soins.

Les exploitants de foyers de soins de longue durée ont affirmé au CCRPS qu'il existe des méthodes standardisées pour signaler l'évolution de l'état des patients et suivre les personnes à risque. Dans les établissements de soins de longue durée, les rapports sont faits sous la forme de diagrammes de circulation et en consignant les étapes techniques contenues dans le plan de soins. Dans le milieu des soins à domicile, les employeurs ont déclaré que tout changement dans la réponse du patient aux soins doit être signalé et qu'une formation en cours d'emploi est dispensée pour assurer que les PSSP puissent signaler les événements appropriés à leur surveillant, puis à la personne responsable des soins. Dans le secteur des foyers de retraite privés, les intervenants ont déclaré au CCRPS que les rapports d'observations étaient rares.

Actes délégués

Les actes autorisés sont réservés en vertu de la *LPSR* à des membres d'une profession de la santé réglementés. Le type et le nombre d'actes autorisés qu'un professionnel de la santé réglementé est habilité à accomplir dépendent du champ de pratique de sa profession.

Lorsque des critères très spécifiques sont réunis, les PSSP peuvent recevoir la délégation d'accomplir des actes autorisés sous surveillance (directe ou indirecte), dans la plupart des cas d'une IA ou d'une IAA. Certains autres professionnels de la santé réglementés peuvent à l'occasion déléguer des actes aux PSSP, y compris les physiothérapeutes et les thérapeutes respiratoires autorisés. Le tableau suivant illustre les actes autorisés pertinents que ces professions sont actuellement habilitées à accomplir.

Qui fait quoi…

Acte autorisé	**Ordre**		
	OIIO (Infirmières)	**OPO[25] (Physiothérapeutes)**	**OTRO (Thérapeutes respiratoires)**
n° 2 Interventions sous le derme	•		•
n° 4 Déplacement des articulations		•	
n° 5 Administration des substances par voie d'injection ou d'inhalation	•		•
n° 6 Introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt dans un orifice du corps ou dans une ouverture artificielle dans le corps	•	•[26]	•[27]

Le plus souvent, les PSSP accomplissent des actes autorisés qui comprennent :

- Acte autorisé n° 5 – administration des substances par voie d'injection ou d'inhalation (par exemple, l'administration de l'insuline ou de l'oxygénothérapie).
- Acte autorisé n° 6 – introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt dans un orifice du corps ou dans une ouverture artificielle dans le corps (par exemple, l'application d'une crème ou d'un onguent prescrit à la bouche, l'administration d'un gavage gastrique ou jéjunal, l'aspiration, l'administration de médicaments mesurés d'avance pour voie orale, l'administration de suppositoires, la cathétérisation de la vessie, l'irrigation du côlon ou l'administration de lavements.

Les PSSP sont parfois chargés de tenir des inventaires de médicaments ou de superviser des activités d'exercice[28].

---

[25] Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario.
[26] Aspiration trachéale seulement.
[27] Intubation et aspiration trachéale seulement.
[28] Emploi-avenir Ontario. 3413 Aides-infirmiers, aides soignants et préposés aux bénéficiaires. Gouvernement de l'Ontario. www1.on.hrdc-drhc.gc.ca/ojf/ojf.jsp?lang=e&section=Profile&noc=3413 (URL valide en date du 13 décembre 2005).

Exceptions

Les alinéas 29 (1) d) et e) de la *LPSR* prévoient deux exceptions à la règle relative aux actes autorisés. Ces exceptions sont :

1. le traitement d'un membre du ménage de la personne;
2. l'aide prêtée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne.

Cette seconde exception donne aux PSSP l'autorité d'accomplir un acte ou une tâche par ailleurs autorisé, lorsque cet acte est devenu une activité de la vie quotidienne. Selon l'OIIC, un acte est considéré comme appartenant à la vie quotidienne lorsque la nécessité de l'intervention, la réponse à celle-ci et l'issue de son exécution sont établies avec le temps et sont très prévisibles. L'OIIO met toutefois en garde : « Une même procédure peut représenter une activité de la vie quotidienne dans un ensemble de circonstances et faire partie d'un plan de soins thérapeutique dans un autre »[29]. L'OIIO affirme en outre que même si l'aspiration de la trachée d'un enfant ayant une trachéostomie permanente représente une partie prévisible de sa vie quotidienne, cette même intervention sort de la routine si l'enfant contracte une pneumonie, puisque la nécessité de l'intervention, la réponse à celle-ci et son issue seront devenues imprévisibles pendant la maladie.

Le CCRSP a constaté un consensus sur la notion que la surveillance des actes délégués est un aspect important et grave de la prestation de soins par les PSSP, puisque les actes délégués sont considérés comme comportant le potentiel de préjudice le plus élevé s'ils ne sont pas accomplis correctement.

3.6 Processus de traitement des plaintes

Dans tous les milieux de services de santé, les patients, les clients et leurs familles s'intéressent de plus en plus à être mieux informés sur les soins qu'ils reçoivent et à participer à leur gestion. Les fournisseurs de soins sont donc plus que jamais astreints à communiquer clairement et à rendre des comptes sur le plan individuel et du système, et la nécessité de mécanismes appropriés de règlement des plaintes se fait sentir.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) affiche pour chacun des foyers de soins de longue durée de la province des renseignements sur les problèmes signalés qui ont fait l'objet d'une enquête et d'une vérification[30]. Les problèmes signalés portent notamment sur la reprise de la mobilité, le régime alimentaire, le milieu de vie, l'organisation ou l'administration des établissements, les questions financières, les soins médicaux, les soins aux pensionnaires, les droits des pensionnaires et les mauvais traitements. En 2005, le MSSLD a reçu 2 791 plaintes émanant de pensionnaires des foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Les données ne précisent pas le titre du

---

[29]OIIO, *Practice Guideline: Working With Unregulated Care Providers.*

[30] Site Web des rapports publics sur les foyers de soins de longue durée. http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/ltcf/26_reportingf.html

poste des personnes faisant l'objet des plaintes ni leurs responsabilités et il est donc impossible de déterminer dans quelle mesure les PSSP sont parties à ces plaintes.

Les 42 CASC de l'Ontario doivent également publier un rapport sur le volume de plaintes reçues dans le réseau. Les problèmes résolus par le gestionnaire de cas ou l'adjoint de l'équipe ne sont pas déclarés dans ce mécanisme. En 2004-2005, le MSSLD a reçu des rapports de 38 CASC[31]. Pendant cette année-là, 4 028 plaintes ont été consignées. Certains clients ont pu faire plusieurs plaintes. En 2005, le ministère a créé un nouvel outil de suivi pour distinguer les plaintes relatives à la qualité du service des plaintes relatives aux décisions du CASC (par exemple, les types et les heures de service auxquels un client est admissible)[32]. Cet outil n'a pas encore été entièrement intégré dans le fonctionnement des CASC.

Il n'existe pas de données utilisables pour les soins dispensés dans les domiciles privés, les maisons de retraite ou les soins auxiliaires.

Dans les foyers de soins de longue durée et les soins à domicile, le MSSLD met en place de nouveaux mécanismes afin d'améliorer le processus de règlement des plaintes et de mieux renseigner les consommateurs sur la qualité des soins. Par exemple, en réponse au rapport Smith, le MSSLD a créé un site Web public qui permet aux personnes âgées, à leurs familles et à leurs aidants de se renseigner sur chaque foyer de soins de longue durée et sur ses antécédents en matière de soins. Le ministère a également mis en place une ligne d'action sans frais qui permet au public d'inscrire des plaintes ou des préoccupations à l'égard des foyers de soins de longue durée. Le ministère a également financé des conseils de pensionnaires et des conseils de famille en vue d'accroître l'engagement de la communauté et de donner aux pensionnaires et à leurs familles un rôle plus important dans la vie quotidienne des foyers de soins de longue durée.

En réponse au rapport de l'honorable Elinor Caplan intitulé *Réalisons le potentiel des soins à domicile : En route vers l'excellence grâce à la reconnaissance des résultats probants* (rapport Caplan), et entre autres mesures, le ministère élargit des attributions de la ligne d'action du MSSLD afin de donner au public accès à un tiers indépendant qui se saisira des plaintes à l'égard des foyers de soins de longue durée. Jusqu'à cinq coordonnateurs indépendants du traitement des plaintes seront affectés à l'audition des plaintes des clients, au règlement des préoccupations et au suivi des tendances. Les CASC devront également informer leurs clients qu'ils peuvent demander de changer de fournisseur de soins sans craindre de perdre leurs services. L'annexe 1 contient une description plus complète des réponses du MSSLD au rapport Smith et au rapport Caplan.

---

[31] Quatre CASC n'ont pas publié leur rapport sur les plaintes qu'ils avaient reçues.

[32] MSSLD, *Community Care Access Centres Complaints Reporting Policy*, mai 2005. D'autres décisions des CASC peuvent porter sur l'admissibilité aux services ou l'annulation des services.

3.7 Éducation et formation

Ordinairement, les PSSP se préparent à l'emploi de deux façons, en suivant une formation en cours d'emploi (offerte par l'employeur), ou un programme dispensé en classe par un collège communautaire, un conseil de l'éducation, un collège privé ou un organisme à but non lucratif.

Le programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne est offert dans 22 collèges communautaires. Ce programme est généralement réparti sur deux semestres (environ huit mois). Selon nos informations, il y a eu 2 272 étudiantes et étudiants diplômés de ce programme en 2002-2003, en Ontario. En moyenne, les diplômés ont consacré 384 heures à la théorie en classe[33] et 386 heures à l'acquisition d'une expérience pratique, pour un total de 770 heures de formation. Les personnes qui travaillent comme préposées aux soins personnels peuvent avoir terminé un programme de formation semblable à celui des préposés aux services de soutien à la personne mais de plus courte durée.

En 1997, le programme de formation de préposés aux services de soutien à la personne réunissait et remplaçait cinq cours de formation aux soins à domicile[34]. Le programme réuni était basé sur les normes et le programme d'études modèle pour les PSSP approuvé par le MFCU, le MSSLD et l'Ontario Community Support Association (OCSA). En 2005, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités (MFCU) a revu ses normes de 1997 pour les programmes formant des préposés aux services de soutien à la personne.

Les collèges privés d'enseignement professionnel de l'Ontario offrent également des cours de formation pour les PSSP. Ces établissements sont supervisés par le MFCU. Ils ne sont pas tenus de suivre les normes des programmes des collèges communautaires, mais des évaluations réalisées récemment révèlent que la plupart comportent tous les éléments de base[35]. L'Association Nationale des Collèges Carrières (ANCC) propose un curriculum de base sur lequel les collèges d'enseignement professionnel peuvent s'appuyer pour mesurer leurs programmes, sans toutefois être tenus de le mettre en œuvre. La plupart des 116 collèges privés d'enseignement professionnel offrant à présent le programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne adhèrent aux normes de base de l'ANCC. L'Ontario Association of Career Colleges (OACC) a également noté que les programmes de ses membres incorporent les normes et le

---

[33] Les heures de théorie comprennent des éléments non professionnels qui concernent l'enseignement des compétences que Ressources humaines et développement social Canada a décrites comme étant obligatoires pour l'employabilité au Canada.

[34] Ce programme a remplacé les programmes Soutien à domicile II et III, Aide soignant, Soins auxiliaires et Soins de relève, d'où le titre « Préposé aux services de soutien à la personne ». Ontario Association of Community Care Access Centres, Ontario Community Support Association, Ontario Home Health Care Providers' Association: *The Role and Value of Homemakers/Personal Support Workers in the Health Care System: A Discussion Paper*. Novembre 2000.

[35] Une récente évaluation par Assessment Strategies Incorporated (cabinet expérimenté dans l'évaluation des équivalences pour les examens des IA et des IAA) a constaté que les lignes directrices pour les programmes de l'ANCC sont compatibles avec les normes des collèges communautaires.

programme d'études modèle de 1997 pour les programmes de formation des PSSP, tout comme ceux des conseils scolaires et des établissements d'enseignement à but non lucratif[36].

Le programme de l'ANCC est d'une durée d'environ 640 heures, dont 355 sont consacrées aux travaux pratiques et 285 à la théorie de l'apprentissage. Depuis 1998, quelque 17 000 diplômés du programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne ont réussi l'examen final administré par l'ANCC[37]. Quatorze mille étudiants ont achevé le programme en 2005.

Vingt et un conseils de l'éducation offrent des cours de formation de préposé aux services de soutien à la personne dans le cadre de l'éducation permanente pour adultes. Ces cours sont pris en compte pour l'obtention du diplôme d'études secondaires. Chaque année, le Toronto District School Board forme à peu près 150 préposés aux services de soutien à la personne. Le Simcoe County School Board dispense un programme de formation de préposé aux services de soutien à la personne en liaison avec le Collège Georgian[38]. En règle générale, les étudiantes et étudiants inscrits auprès d'un conseil de l'éducation passeront 540 heures en salle de classe et 270 heures à leur formation pratique, pour un total de 810 heures de programme.

Formation en cours d'emploi

La plupart des employeurs fournissent une orientation et une formation ou un cours de perfectionnement adapté aux besoins particuliers de leurs clients. Une vaste proportion de préposés aux services de soutien à la personne ont reçu une formation en cours d'emploi proposée par leur employeur, soit dans le cadre d'une formation sur le tas, soit dans le cadre de programmes réguliers offerts par des organismes de santé non gouvernementaux. Les employeurs subventionnent parfois les employés qui se perfectionnent dans le cadre d'un programme d'enseignement régulier.

Les parties prenantes ont signalé plusieurs lacunes dans les compétences des PSSP, y compris :

- le travail d'équipe, la communication et la littératie;
- la compréhension du développement humain tout au long de la vie;
- la compréhension des personnes handicapées;
- la connaissance des questions spécifiques reliées aux soins palliatifs, à la maladie d'Alzheimer et à la démence.

Les interventions perçues par le CCRPS pendant la phase II de ces consultations ont confirmé qu'une éducation et une formation plus poussées des PSSP dans ces domaines

---

[36] Ontario Association of Career Colleges (OACC), présentation au CCRPS, mai 2006.

[37] Association Nationale des Collèges Carrières. *About NACC*. www.nacc.ca/about.htm (URL valide en date du 14 décembre 2005); Entretien avec la Direction des établissements privés du ministère de la Formation et des Collèges et Universités. 13 décembre 2005.

[38] Simcoe County District School Board. *School to Work and OYAP*. www.scdsb.on.ca/programs/school_to_work.cfm (URL valide en date du 14 décembre 2005).

seraient avantageuses pour les PSSP qui travaillent auprès de clients ayant des besoins complexes en matière de soins.

Plusieurs parties prenantes ont déclaré que les employeurs auraient un rôle à jouer en dispensant une formation portant sur des compétences spécifiques dépassant la portée du programme de base. Plusieurs répondants ont également déclaré que les employeurs devraient proposer des possibilités de formation continue de manière à permettre aux PSSP de se tenir au courant des pratiques exemplaires et de la législation pertinentes. Une telle formation continue assurerait la conformité aux normes provinciales.

Le rapport Smith recommandait également que les PSSP travaillant dans un milieu de soins de longue durée soient astreints à recevoir une formation additionnelle. Les employés devraient être au minimum formés pour comprendre les besoins des personnes âgées, déceler les abus, communiquer et prendre en charge les cas de démence et de soins palliatifs[39].

Le rapport Caplan notait qu'aucune évaluation des cours pour les PSSP n'avait été effectuée, et recommandait que le MSSLD et le MFCU procèdent à une évaluation des programmes de formation des PSSP, portant notamment sur la durée des programmes et le contenu des programmes d'études. Dans sa réponse, le MSSLD annonçait, entre autres mesures, qu'il « élargira[it] l'utilisation du fonds de 10 M$ consacré à la formation des préposés aux services de soutien à la personne afin de satisfaire aux besoins croissants du secteur ». Cette réponse ne portait pas spécifiquement sur une évaluation des cours à l'intention des PSSP[40]. (Voir à l'annexe 1 les points saillants de la réponse du MSSLD au rapport Caplan.)

3.8 Normalisation des études

Beaucoup de parties prenantes ont affirmé qu'il serait possible d'apaiser les inquiétudes quant aux capacités des PSSP, à leur affectation en milieu de travail et à leur statut au sein des équipes de soins en normalisant les résultats de leur formation[41].

Les intervenants se sont généralement entendus pour recommander une formation normalisée pour les PSSP. Les suggestions suivantes ont été faites dans ce but :

Programme d'études normalisé. La plupart des parties prenantes estimaient que le MFCU devrait imposer un programme d'études de base pour les collèges d'enseignement professionnel et communautaires et les conseils de l'éducation qui offrent une formation aux PSSP, avec accréditation obligatoire des programmes. Ainsi, les PSSP pourraient à la fin de leur programme disposer d'une norme uniforme de compétences et d'un ensemble minimum d'habiletés sur lesquels les employeurs pourraient compter. Toutefois, les

---

[39] Smith, Monique. *Engagement en matière de soins : planification des soins à long terme en Ontario.* Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 2003.

[40] *Choisir la qualité, récompenser l'excellence : La réponse de l'Ontario au rapport Caplan sur les soins à domicile.*

[41] Par exemple, les questions relatives à l'affectation des PSSP ou à leur rôle en tant que membres au sein des équipes de soins.

employeurs ont signalé qu'il faudrait procéder à une consultation authentique afin d'assurer que le programme d'études réponde effectivement aux besoins du marché du travail. Certains employeurs ont signalé que leur participation aux récentes modifications apportées au programme d'études avait été pratiquement inexistante, et qu'ils avaient constaté que les résultats du programme ne correspondaient pas aux besoins actuels en matière d'emploi.

Certaines parties prenantes se sont inquiétées à l'idée que la normalisation du programme d'études pour les PSSP fasse augmenter les coûts de formation, même si d'autres intervenants ont assuré le CCRPS que les coûts du programme n'augmenteraient pas nécessairement si leur durée ne changeait pas.

Examens uniformes obligatoires. La majorité des participants à l'enquête du CCRPS étaient en faveur d'un examen d'agrément uniforme. Beaucoup d'intervenants étaient d'accord pour inclure un volet pratique dans l'examen. Toutefois, d'autres ont signalé qu'à moins d'être limitée au nouveau diplômé, l'introduction d'un nouvel examen d'agrément obligatoire entraînerait une crise dans l'approvisionnement en personnel. Certains intervenants ont également mis en doute la capacité linguistique de certains intéressés et signalé que certains travailleurs déjà établis dans la profession répugneraient à se présenter à l'examen. D'autres se sont également déclarés incertains quant à l'organisme le mieux placé pour administrer un tel examen.

Le CCRPS a conclu que l'élaboration de résultats de formation uniformes pour tous les fournisseurs de programmes de formation des PSSP serait utile. Le CCRPS ne recommande pas la mise en place d'un examen d'agrément provincial uniformisé pour l'admission à la pratique pour le moment, puisqu'il existe d'importantes interrogations quant à la compétence en anglais des PSSP en exercice, et l'absence d'un consensus au sujet de l'organisme qui serait le mieux placé pour administrer cet examen. En outre, les frais administratifs qui pourraient être entraînés par la mise en place d'un examen uniforme obligatoire pourraient également représenter un obstacle à l'admission au marché du travail en tant que PSSP.

3.9 Retombées économiques de la réglementation

La création d'un ordre d'autoréglementation entraîne des obligations financières pour les membres d'une profession. Les conséquences de ce fardeau financier accru et la capacité des membres de le soutenir en permanence doivent être prises en compte lorsque l'on évalue si les PSSP peuvent être désignés comme profession autoréglementée. D'après les entretiens qu'il a menés, le CCRPS conclut que les intéressés comprennent mal l'ampleur des coûts de la réglementation, lesquels pourraient être prohibitifs pour beaucoup de PSSP. Ceci pourrait donc avoir pour conséquence inattendue de réduire les effectifs disponibles au moment même où la demande des services des PSSP continue d'augmenter.

4. Création d'un registre

En formulant ses conclusions quant à la réglementation des PSSP en vertu de la *LPSR*, le CCRPS a également envisagé plusieurs autres possibilités, y compris la création d'un registre, lequel constituerait une méthode moins restrictive de réglementation.

Les consultations initiales du CCRPS ont suscité un débat animé quant à la création d'un registre qui pourrait écarter la nécessité d'une réglementation intégrale en vertu de la *LPSR*. Les promoteurs de cette option ont déclaré qu'un registre répondrait peut-être aux besoins de transparence accrue à l'égard du public, et que les employeurs pourraient en bénéficier puisqu'ils auraient accès aux antécédents professionnels des PSSP et sauraient pourquoi ils avaient quitté leur poste précédent et notamment s'ils avaient fait l'objet d'un congédiement motivé. À la suite de ces observations, la possibilité de créer un registre a été étudiée en profondeur. Les personnes favorables à ce projet considéraient aussi qu'il constituerait une ressources pour les employeurs pour la vérification des références et la protection de la sécurité du public. Certains intervenants ont affirmé que l'élaboration d'un registre national des incidents et congédiements pourrait également constituer un moyen de signaler les abus.

Beaucoup d'intervenants, en revanche, n'étaient pas favorables au projet de registre. Plusieurs employeurs en ont remis la nécessité en question, étant donné les améliorations apportées au régime législatif actuel et la mise en place de mesures exigeant la déclaration des abus au ministère et l'ouverture d'une enquête par celui-ci. D'autres ont noté que le processus d'arbitrage permet difficilement de motiver un congédiement et que les employeurs sont souvent amenés à indemniser les employés et à prendre un engagement de confidentialité afin d'obtenir leur départ. La plupart des intervenants qui ont évoqué cette question affirmaient que la création d'un registre ne mettrait pas fin à cette pratique et que l'incidence des abus n'en serait pas affectée.

Le CCRPS a étudié l'expérience des États-Unis en matière de registre des auxiliaires de santé, que toute agence doit tenir afin de recevoir le remboursement des services par l'assurance-santé (Medicare). Les registres aux États-Unis sont du domaine public et accessibles aux employeurs et normalement au public. Y sont consignés les plaintes, les antécédents professionnels et les mesures disciplinaires. Pour s'inscrire dans un registre, un auxiliaire de santé doit se conformer à un certain nombre d'exigences.

La loi fédérale américaine exige que les auxiliaires de santé réussissent un test de compétences portant sur tout un éventail de domaines : communication; consignation de l'état du patient et des soins dispensés; lecture et consignation des signes vitaux; mesures élémentaires de lutte contre l'infection; fonctions corporelles fondamentales; maintien d'un environnement sain; procédures d'urgence; caractéristiques des patients sur les plans physique, affectif et du développement; hygiène et propreté personnelles; techniques sécuritaires de mise au lit et de sortie du lit; gamme normale de mouvements et de positions; nutrition de base. La loi fédérale suggère une formation en classe et pratique d'au moins 75 heures, sous la surveillance d'une infirmière autorisée. Les programmes de formation et de contrôle des acquis doivent être conformes aux normes du Center for

Medicare and Medicaid Services. Les règlements relatifs aux programmes de formation varient d'un État à l'autre, mais l'agrément est obligatoire afin de démontrer que le candidat se conforme aux normes de l'industrie[42].

D'après ses recherches, le CCRPS a constaté que la forme et la fonction d'un registre éventuel seraient orientées vers trois fins :

- un *registre d'agrément* qui consignerait l'achèvement avec succès d'un programme de PSSP accrédité et qui aurait pour but de permettre la vérification de la compétence professionnelle;
- un *registre des incidents*, qui consignerait les problèmes de rendement survenus pendant que l'intéressé a été employé comme PSSP, avec pour but de signaler les problèmes professionnels;
- un *registre des congédiements* dans lequel les employeurs consigneraient les congédiements de PSSP, ce qui permettrait de faire le suivi de ces cas.

Pour qu'un tel registre puisse être viable, la majorité des parties prenantes estimaient que l'inscription devrait y être obligatoire et que le registre devrait être créé et tenu à jour régulièrement par un organisme centralisé. Un tel registre procurerait un certain nombre d'avantages, notamment le fait de disposer de renseignements à jour sur les qualifications d'un travailleur, sa formation continue, ses compétences agréées, son rendement professionnel, et les plaintes prouvées quant à la qualité de service. Le défi consisterait à mettre en place des mécanismes pour le suivi et la tenue à jour des informations relatives à chaque PSSP.

Pour leur part, les employeurs, y compris les particuliers, devraient produire des rapports. De plus, les employeurs potentiels devraient obligatoirement utiliser la base de données du registre pour vérifier les références avant l'embauche.

L'idée que la participation des employeurs à la tenue à jour du registre serait obligatoire s'est avérée controversée. Les questions reliées à l'application du caractère obligatoire et les pénalités en cas d'inobservation restent en suspens. Le projet de registre comporte d'autres éléments controversés, notamment la possibilité de réduire les effectifs disponibles, particulièrement en excluant des travailleurs compétents mais qui ne possèdent pas de diplôme sanctionnant un programme de PSSP agréé, ainsi qu'en compromettant le droit des PSSP individuels à la protection de leur vie privée. Il faudrait également déterminer pendant combien d'années les antécédents de plaintes devraient être conservés avant d'être purgés.

Certains intervenants ont suggéré de mettre en place un registre d'agrément parallèlement à un programme de formation obligatoire, avec participation volontaire des employeurs dans un premier temps.

---

[42] Département du Travail des États-Unis, Bureau of Labor Statistics http://www.bls.gov/oco/ocos165.htm (URL valide en date du 20 septembre 2006).

Préalablement à la création d'un registre d'agrément, il serait nécessaire d'établir des normes minimums et uniformes d'accès à la profession pour les PSSP, ce qui exigerait de décider comment traiter les qualifications et titres de compétence équivalents afin d'éviter d'exclure une partie importante des effectifs actuels. Les intervenants ne se sont guère avancés et se sont encore moins entendus sur l'identité de l'organisme qui serait chargé d'assurer l'accréditation et la mise en œuvre du processus.

Volontaire ou obligatoire, intégral ou partiel, la plupart des intervenants se sont entendus pour dire que le fonctionnement d'un registre entraînerait des coûts importants. Personne n'a retenu l'idée que les PSSP pourraient en assumer le coût.

Le CCRPS a examiné l'opportunité d'une telle approche en Ontario et constaté qu'il faudrait résoudre un certain nombre de questions avant qu'un registre ne puisse être créé :

1. il faudrait adopter des mesures législatives spécifiques pour mettre en œuvre le registre, y compris les dispositions relatives à l'agrément, à la confidentialité, aux plaintes, aux rapports et aux audiences et à la procédure équitable;

2. la province, ou encore un organisme hôte qui aurait conclu un contrat avec le ministère, devrait assumer la responsabilité de la gestion et de la tenue à jour du registre;

3. il faudrait créer un conseil d'administration indépendant et sans lien de dépendance avec les employeurs, les éducateurs et le ministère, pour régir le fonctionnement du registre;

4. il faudrait créer des examens d'agrément provinciaux afin que les candidats à l'inscription au registre puissent obtenir les titres de compétence voulus;

5. il faudrait examiner les questions de confidentialité reliées aux patients et aux travailleurs;

6. un registre pourrait avoir un effet dissuasif sur les PSSP s'il ne comportait que les éléments négatifs en omettant les réalisations positives;

7. il n'est pas certain qu'un registre pourrait résoudre les problèmes reliés aux soins privés et aux maisons de retraite actuellement non réglementées;

8. le coût d'un registre serait élevé et il serait nécessaire de le mettre en œuvre pendant une période de transition.

Vu les coûts et les impacts potentiels de la création d'un registre, au regard des avantages potentiels, le CCRPS n'est pas convaincu qu'il est opportun de créer un registre des PSSP.

5. Autonomie et soins auxiliaires

Les agences de soins auxiliaires emploient également des PSSP. Ces agences administrent principalement les soins auxiliaires externes et les programmes d'assistance de vie pour les adultes handicapés vivant dans des logements assistés. Ils jouent également un rôle dans le Programme de financement direct de la province. Les soins auxiliaires sont distincts des autres services communautaires de soins à domicile. Les tâches fonctionnelles sont similaires mais les soins auxiliaires sont basés sur le modèle de l'autonomie et non sur un modèle de soins de santé.

En vertu du Programme de financement direct, la province attribue les fonds directement à la personne handicapée participante[43]. Le client est l'employeur et engage ses propres aides et leur donne des instructions pour leurs services. Le Programme de financement direct porte sur les soins personnels, les soins ménagers, les courses, les repas et le soutien personnel et social. En vertu des règlements de l'Ontario sur le financement direct, le rôle de l'aide et la nature des services qu'il fournit sont bien définis[44].

Dans les services auxiliaires externes, les services sont dispensés par l'intermédiaire d'une agence aux personnes handicapées dans leur foyer, leur milieu de travail ou un autre milieu. Le contrat porte sur un nombre fixe d'heures et de services, mais les services ne sont pas disponibles 24 heures sur 24[45].

Il existe également des unités de vie assistée, regroupements d'appartements dans lesquels des services d'auxiliaires peuvent être fournis à un groupe de personnes handicapées dans leur foyer. Les heures spécifiques de service sont prévues dans un contrat, mais des auxiliaires sont présents sur place 24 heures sur 24 et sont disponibles en cas d'urgence.

Dans ces situations, les auxiliaires offrent un soutien au niveau des AVQ, y compris le bain, l'habillage et les repas, ainsi que les activités reliées au travail. Ils peuvent également accomplir des actes autorisés par exception, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de recevoir la délégation d'un professionnel de la santé réglementé lorsqu'une activité de la vie quotidienne met en jeu un acte autorisé.

Dans le cadre de la phase II de ces consultations, le CCRPS a reçu des observations d'un bien plus grand nombre de personnes vivant de manière autonome avec des handicaps. Les personnes handicapées sont caractérisées par une limitation inhabituelle de leur

---

[43] Le Programme de financement direct exige que la personne handicapée crée une entreprise inscrite à l'Agence de revenu du Canada. Les fonds sont basés sur les besoins et attribués en termes d'heures de service, à concurrence de 182,5 heures par mois, soit un maximum de 6 heures par jour, avec une certaine flexibilité quant à la manière et au moment où les heures sont utilisées. The (Toronto) Centre for Independent Living, 2000.

[44] Ces renseignements se trouvent dans la *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*, Règlement de l'Ontario 367/94.

[45] Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC) http://www.rhdsc.gc.ca/asp/passerelle.asp?hr=fr/sm/ps/edd/rapports/1999-000363/page08.shtml&hs=pyp (URL valide en date du 25 septembre 2006).

fonctionnement physique ou intellectuel ou de leur expression affective. Ces handicaps sont dus à des anomalies congénitales, à des accidents ou à des maladies[46]. Leurs recommandations portaient sur les différences entre les auxiliaires et les PSSP et soulignaient les conséquences imprévues qu'aurait toute décision éventuelle de réglementation des PSSP.

Exceptions relatives aux actes autorisés

Les exceptions relatives aux actes autorisés incorporés dans la *LPSR* relativement aux activités de la vie quotidienne reconnaissent l'importance des soins auxiliaires. L'Ontario Community Support Association (OCSA) a signalé que le risque associé aux tâches de routine accomplies par les auxiliaires « n'est généralement pas plus important que si c'était le client lui-même qui accomplissait l'activité »[47]. L'organisme Independent Living Service Providers a signalé que « cette exemption a été très utile aux employeurs et aux clients des services auxiliaires depuis 1991 »[48].

Cependant, si les auxiliaires étaient inclus avec les PSSP dans une profession nouvellement réglementée, cette exception pourrait cesser d'exister[49].

Formation des auxiliaires

Les collèges communautaires reconnaissent la distinction entre les auxiliaires et les PSSP, le nombre de modules à achever par les étudiants désirant devenir auxiliaires étant moins élevé, ce qui reconnaît la valeur de la formation et de la surveillance en cours d'emploi fournies par l'autogestionnaire.

Accès aux services et qualité des soins

La Attendant Consumer Action Coalition (ACAC), ainsi que divers intervenants individuels qui sont intervenus auprès du CCRPS se sont inquiétés à l'idée que la réglementation en vertu de la *LPSR* pourrait limiter les choix offerts aux participants au Programme de financement direct, limitant ainsi leur accès aux services. Ceci pourrait avoir pour résultat de limiter le nombre de personnes qui pourraient être servies par des programmes d'auxiliaires, et pourrait affecter les personnes qui attendent ce service[50].

L'ACAC affirme que les personnes handicapées participant au Programme de financement direct sont largement protégées puisque leurs besoins sont simples et prévisibles et qu'elles sont en mesure d'embaucher, de former et de diriger elles-mêmes les auxiliaires. Le choix et le contrôle donnent aux participants au programme « une plus

---

[46] J. Snow, *Personal Assistance: What It Is and Is Not*, 2001.
[47] Ontario Community Support Association (OSCA), mémoire au CCRPS, mars 2006.
[48] Independent Living Service Providers (ILSP), mémoire au CCRPS, mars 2006.
[49] Ibid.
[50] Attendant Care Consumer Action Coalition (ACAC), présentation au CCRPS, mai 2006.

grande protection contre tout préjudice que la réglementation ne pourrait jamais leur offrir »[51]. Ce régime assure de la même manière le contrôle de la qualité.

Processus de règlement des plaintes

Certaines parties prenantes ont critiqué le programme de services d'auxiliaires pour l'absence de procédures adéquates de traitement des plaintes des clients et de mécanismes de recours. Voici certaines des questions signalées à l'attention du CCRPS :

- absence de pouvoir décisionnel du consommateur en matière de choix et d'affectation des auxiliaires, ces décisions étant actuellement prises par l'organisme gestionnaire;
- absence totale d'imputabilité et de contrôle de la qualité en ce qui a trait aux fournisseurs de soins;
- absence d'un processus de plaintes indépendant;
- absence de responsabilités dans le cadre du processus de plaintes existant pour le règlement satisfaisant des plaintes en temps utile;
- absence de recours en cas de plaintes non réglées, puisque les litiges sont trop coûteux et que le processus de la Commission d'appel et de révision des services de santé est long et que ses décisions n'ont pas force de loi.

Les personnes manifestant un mécontentement recevaient typiquement des services d'organismes financés en vertu du modèle d'autonomie sur 24 heures[52].

En réponse au mécontentement exprimé, le CCRPS recommande fortement au ministre de la Santé et des Soins de longue durée d'entreprendre un examen du programme afin d'assurer :

- que les organismes recevant des paiements de transfert et assurant la prestation des services d'autonomie sur 24 heures fonctionnent dans un cadre d'imputabilité approprié, guidé par les principes sur lesquels les programmes de services auxiliaires sont fondés;
- que des sondages sur la satisfaction des clients soient menés régulièrement afin de repérer les questions systémiques éventuelles qui autrement ne seraient pas signalées;
- que les clients aient accès à un processus de règlement des plaintes qui réponde à leurs attentes, notamment une ligne téléphonique semblable à la Ligne INFO du MSSLD.

---

[51] Ibid.

[52] Dans ce modèle, les services d'extension et d'unités de vie assistée sont financés à titre d'organismes recevant des paiements de transfert.

6. Recommandations

Réglementation

1. **Le CCRPS recommande que les préposés aux services de soutien à la personne ne soient pas réglementés en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* puisqu'ils ne répondent pas aux exigences de réglementation.**
2. **Le CCRPS recommande qu'un registre des préposés aux services de soutien à la personne ne soit pas créé en substitution à la réglementation en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*.**

Éducation et formation

3. **Le CCRPS recommande que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée recommande au ministère de la Formation et des Collèges et Universités d'élaborer des résultats d'apprentissage uniformes et obligatoires pour les programmes de formation des PSSP dans les collèges communautaires, les collèges d'enseignement professionnel, les organismes à but non lucratif et les conseils de l'éducation, et que soit développée la participation des employeurs dans l'établissement des programmes d'études et des résultats d'apprentissage en fonction des besoins du marché du travail.**
4. **Le CCRPS recommande que les ordres régissant des professions de la santé réglementées dont les membres surveillent des PSSP :**
    a. **élaborent des lignes directrices claires pour la surveillance;**
    b. **fournissent à leurs membres une formation supplémentaire et exigent d'eux des compétences en supervision et en direction de personnel.**

Soins auxiliaires

5. **Le CCRPS réitère sa recommandation au ministre, dans le rapport *Nouvelles orientations* d'avril 2006, qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 29 (1) e) de la *LPSR*, qui exclut « l'aide prêtée à une personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne, si l'acte est un acte autorisé visé à la disposition 5 ou 6 du paragraphe 27 (2) ».**
6. **En outre, le CCRPS recommande au ministre de la Santé et des Soins de longue durée d'entreprendre un examen du programme afin d'assurer :**
    a. **que les organismes recevant des paiements de transfert et assurant la prestation des services d'autonomie sur 24 heures fonctionnent dans un cadre d'imputabilité approprié, guidé par les principes sur lesquels les programmes de services auxiliaires sont fondés;**
    b. **que des sondages sur la satisfaction des clients soient menés régulièrement afin de repérer les questions systémiques éventuelles qui autrement ne seraient pas signalées;**

c. **que les clients aient accès à un processus de règlement des plaintes qui réponde à leurs attentes, notamment une ligne téléphonique semblable à la Ligne INFO du MSSLD.**

ANNEXE 1

Mesures récentes prises par le MSSLD

En réponse au rapport de la députée Monique Smith, *Engagement en matière de soins : Planification des soins à long terme en Ontario (printemps 2004)*, le MSSLD a pris un certain nombre de mesures de réformes afin d'améliorer la qualité des soins dans les foyers de soins de longue durée, notamment :

- une augmentation de 3 140 postes équivalents à temps plein (ETP) dans les foyers de soins de longue durée, y compris l'ajout de 682 ETP de postes d'infirmières;
- l'adoption d'une réglementation pour assurer une couverture de 24 heures sur 24 par une IA et pour établir l'obligation de deux bains par semaine par pensionnaire;
- le suivi de la dotation en personnel par catégorie dans 593 foyers;
- l'inauguration des visites sans préavis, y compris des visites visant à vérifier la conformité aux règles diététiques, environnementales et post-occupation, ou dans le cadre des enquêtes sur les plaintes;
- mise en œuvre de deux nouvelles normes pour les soins cutanés et les soins des plaies;
- élaboration d'un cadre de gestion des risques et d'outils de vérification basée sur les risques;
- mise en œuvre de mesures d'application plus strictes des exigences du MSSLD en matière de droits des pensionnaires et de soins et de services aux pensionnaires par l'Unité des inspections de conformité et de l'application des mesures législatives du ministère.

Afin de répondre aux plaintes, de donner aux pensionnaires l'occasion de signaler les abus et les cas de soins insatisfaisants, et aussi pour faire ressortir les tendances de soins dans les établissements, le MSSLD a pris les mesures suivantes :

- Inauguration d'une Ligne INFO qui a permis de recueillir 30 pour 100 de plaintes en plus. Les plaintes sont transmises aux régions pour action immédiate. Un conseiller régional en conformité entre en contact avec l'auteur de la plainte dans un délai de deux jours ouvrables. Dans les cas motivés, une enquête est ouverte dans les 20 jours. Les plaintes urgentes sont traités en priorité et sont renvoyées au responsable de garde en dehors des heures de travail et la fin de semaine.
- Lancement d'un site Web public (04/11) pour donner aux personnes âgées, aux familles et aux aidants naturels des informations sur les foyers individuels et sur les soins qui y sont dispensés. Ce site publie les rapports sur les résultats d'inspection et les plaintes vérifiées sur une période de 12 mois; il a récemment été complété afin de tenir compte des sanctions imposées par le MSSLD aux foyers (p. ex., suspension des admissions) en temps réel. Malheureusement, il ne tient pas compte des améliorations du service ni des évolutions positives.

En réponse au rapport de l'honorable Elinor Caplan intitulé *Réalisons le potentiel des soins à domicile : En route vers l'excellence grâce à la reconnaissance des résultats probants* (mai 2005), le MSSLD prend les mesures suivantes afin d'améliorer la sécurité des patients, la qualité des soins et l'imputabilité. Les mesures suivantes seront prises, entre autres :

- L'amélioration continue de la qualité sera favorisée puisque tous les CASC et fournisseurs de services devront dorénavant être accrédités par des organismes reconnus comme le Conseil canadien d'agrément des services de santé, dans un délai fixé, grâce à la mise au point d'un programme centralisé de préqualification pour les fournisseurs de services, et grâce à l'élaboration de critères afin de déterminer quels organismes sont admissibles au statut de fournisseur privilégié, ce qui reconnaîtra les pratiques excellentes dans le cadre du processus d'appel d'offres. Le MSSLD identifiera et soutiendra également les pratiques exemplaires, les innovations dans le service, l'établissement de repères et les modèles de qualité de service basée sur les résultats dans le secteur des soins à domicile.

- La Ligne INFO du MSSLD sera développée afin de donner au public accès à un tiers indépendant pour enregistrer les plaintes des clients des services de soins à domicile. Le ministère affectera jusqu'à cinq coordonnateurs indépendants à l'audition des plaintes des clients, au suivi des tendances et à la réponse aux préoccupations. Le ministère donnera aux CASC pour instruction de communiquer à leurs clients le processus de demande de révision de leur plan de soins et de les rassurer que les problèmes qu'ils pourraient signaler n'entraîneront pas une réduction de leurs services, et aussi d'informer les clients qu'ils ont le droit de demander un changement de fournisseur de services sans redouter que leurs services ne soient réduits.

- Le MSSLD augmente le salaire de base minimum des PSSP à contrat avec les CASC à 12,50 $ l'heure. Le ministère collaborera avec les CASC pour offrir des encouragements aux employeurs qui assurent aux employés la rémunération des jours fériés, une indemnité de cessation d'emploi et un préavis de congédiement. Le ministère collaborera également avec le secteur des soins à domicile afin de développer des cibles pour les postes de PSSP à plein temps et à temps partiel réguliers. Même si le ministère note qu'il n'est pas nécessaire de disposer d'un effectif de PSSP formé intégralement à 100 pour 100, le ministère donnera pour instruction aux CASC d'exiger, dans le cadre de leurs contrats, que les fournisseurs de services embauchent un nombre adéquat d'employés possédant une formation de niveau approprié pour répondre aux besoins des clients.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest
Bureau 806, casier 18
Toronto (Ontario) Canada M4V 2Y7

Téléphone : 416 326 1550
Interurbains sans frais : 1 888 377 7746
Télécopieur : 416 326 1549

Site web : **www.hprac.org**

Courriel : **HPRACWebMaster@moh.gov.on.ca**

ISBN 1-4249-2155-4 (Print)
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006
.5M 09/06

Ontario